

# **Den förlossningsrädda kvinnan i vägskälet mellan vaginal förlossning och planerat kejsarsnitt**

Barnmorskans stödjande roll och vårdandets helhetssyn

Katja Juslin

Examensarbete / Degree Thesis

Vård

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	4108
Författare:	Katja Juslin
Arbetets namn:	Den förlossningsrädda kvinnan i vägskalet mellan vaginal förlossning och planerat kejsarsnitt. Barnmorskans stödjande roll och vårdandets helhetssyn.
Handledare (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Uppdragsgivare:	Kvinnoprojektet, HNS
<p>Sammandrag:</p> <p>Denna litteraturstudie är ett beställningsarbete inom ramarna för Kvinnoprojektet. Ämnet som behandlas är förlossningsrädsla och barnmorskans stödjande roll. Syftet med litteraturstudien är att kartlägga på vilka sätt barnmorskan kan stödja den förlossningsrädda kvinnan inför förlossningen. Målet är att skapa en helhetsöversikt över hur man som barnmorska kan stödja kvinnan och skapa en vårdande relation. Frågeställningarna som besvaras är: 1. På vilka sätt kan barnmorskan stödja kvinnan med förlossningsrädsla? 2. Hur skapas en vårdande relation?</p> <p>Materialet insamlas via sökningar i databaser samt manuella sökningar. Litteraturstudiens innehåll analyseras med en kvalitativ metod på ett induktivt sätt. Resultatet av innehållsanalysen speglas mot den teoretiska referensramen som består av Karin Dahlbergs teori om vårdandets helhetssyn. Således undersöks hur man som barnmorska kan skapa en vårdande relation med öppenhet för patientens hälsosituation och lidande inför planeringen av förlossningen. Utgående från resultatet konstateras att frågeställningarna är svåra att få konkreta svar på eftersom alla kvinnor bör bemötas som unika individer. Det krävs sensitivitet hos barnmorskan för att känna av kvinnan hon har framför sig och få insikt i hennes behov, medvetna och omedvetna sådana. För att detta ska vara möjligt behövs kunskap om olika förhållningssätt och metoder för att kunna bemöta kvinnan på ett individanpassat sätt. Denna litteraturstudie fungerar som en lättöverskådlig översikt och ger större förståelse för kvinnan med förlossningsrädsla.</p>	
Nyckelord:	Förlossningsrädsla, stöd, bemötande, helhetssyn
Sidantal:	44
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	4108
Tekijä:	Katja Juslin
Työn nimi:	Synnytystä pelkäävä nainen tienristeyksessä alitiesynnytyksen ja suunnitellun keisarinleikkauksen välillä. Kätilön tukeva rooli ja hoidon kokonaisnäkemys.
Työn ohjaaja (Arcada):	Pernilla Stenbäck
Toimeksiantaja:	Kvinnoprojektet (Naisten projekti), HUS
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä kirjallisuuskatsaus on tilaustyö naisprojektin puitteissa. Käsiteltävänä on synnytyspelko ja kätilön tukeva rooli. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on kartoittaa millä tavoilla kätilö voi tukea synnytystä pelkäävää naista synnytyksen valmennuksessa. Tarkoituksena on luoda kokonaiskuva siitä miten kätilönä voi tukea naista ja luoda hoitava suhde. Kysymyksiin joihin vastattiin olivat: 1. Millätavoin kätilö voi tukea synnytystä pelkäävää naista? 2. Kuinka luodaan hoitava suhde?</p> <p>Materiaali kerättiin tietokannoista sekä manuaalisesti hakemalla. Kirjallisuuskatsauksen sisältö analysoitiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä käyttäen induktiivista tapaa. Sisältöanalyysin tulosta peilattiin teoreettiseen viitetietoon joka perustui Karin Dahlbergin teoriaan hoidon kokonaisnäkemyksestä. Siis tutkittiin kuinka kätilönä voi luoda hoitavan suhteen joka on avoin potilaan terveystilalle ja kärsimykselle synnytystä suunniteltaessa. Tuloksesta päätellen todettiin että kysymysten asetteluihin oli vaikeata saada konkreettisia vastauksia koska kaikkia naisia täytyy kohdella ainutlaatuisina yksilöinä. Kätilöltä vaaditaan tunneherkkyyttä edessä olevaa naista kohtaan ja ymmärrystä hänen tarpeisiinsa, tiedostettuihin tai tiedostamattomiin. Jotta tämä olisi mahdollista tarvitaan tietoa erilaisista suhtautumistavoista ja keinoista jotta nainen voidaan kohdata yksilökohtaisesti. Tämä kirjallisuustutkielma toimii helpostihavaittavana yleiskatsauksena ja osoittaa suurempaa ymmärrystä naisen synnytyspelkoa kohtaan.</p>	
Avainsanat:	Synnytyspelko, tuki, kohtaaminen, kokonaisnäkemys
Sivumäärä:	44
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

# INNEHÅLL / CONTENTS

<b>1</b>	<b>Inledning.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrund.....</b>	<b>8</b>
2.1	Allmänt om förlossningsrädsla .....	8
2.2	Orsaker till förlossningsrädsla .....	9
2.3	Varför önskar kvinnor kejsarsnitt? .....	10
2.4	Planerat kejsarsnitt.....	10
2.5	Risker med kejsarsnitt.....	11
2.6	Planerad förlossning .....	13
2.7	Ekonomiska aspekten .....	13
<b>3</b>	<b>Teoretiskt perspektiv .....</b>	<b>14</b>
3.1	Att se mer än en patient.....	14
3.2	Att se vad som fattas.....	15
3.3	Att se vad som finns.....	15
3.4	Att se en del av helheten .....	15
<b>4</b>	<b>Forskningens mål, syfte och frågeställningar .....</b>	<b>17</b>
4.1	Centrala begrepp .....	18
<b>5</b>	<b>Val av material och metoder för studien .....</b>	<b>19</b>
5.1	Val av material .....	19
<b>6</b>	<b>Forskningsetiska reflektioner .....</b>	<b>24</b>
<b>7</b>	<b>Resultatredovisning .....</b>	<b>25</b>
7.1	Barnmorskans förhållningssätt.....	25
7.1.1	<i>Individfokuserat bemötande</i> .....	26
7.1.2	<i>Kvinnans självbestämmanderätt</i> .....	27
7.2	Barnmorskans roll i vården av den förlossningsrädda kvinnan.....	28
7.2.1	<i>Förlossningsplan</i> .....	28
7.2.2	<i>Samarbete i teamet kring den förlossningsrädda kvinnan</i> .....	29
7.2.3	<i>En vårdande relation</i> .....	30
7.2.4	<i>Coping-strategi</i> .....	32
7.3	Terapiformer.....	33
7.4	Barnmorskors syn på förlossningsrädsla .....	35
<b>8</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>37</b>
<b>9</b>	<b>Kritisk granskning .....</b>	<b>40</b>

<b>10 Källförteckning / References .....</b>	<b>42</b>
--	-----------

## **Tabeller**

Tabell 1: Litteratursökning .....	21
-----------------------------------	----

Tabell 2: Vald forskning.....	22
-------------------------------	----

# 1 INLEDNING

Graviditeten är en känslomässigt sårbar tid. Glädje, sorg och oro är naturliga reaktioner under graviditetens förlopp. Positiva känslor blandas med negativa, minnen väcks till liv och tankar dyker upp kring den egna uppväxten och relationen till föräldrarna. Att bli förälder förändrar hela ens liv och är en stor uppgift som för vissa känns överväldigande. Det kan också kännas skrämmande att förlossningen är omöjlig att ställa in och att det inte finns någon annan utväg än vaginal förlossning eller kejsarsnitt, vilka båda i sig medför risker. Under graviditeten kan det kännas som att allt kretsar kring förlossningen istället för att det är en milstolpe längs vägen till föräldraskapet. (Sjögren 2003)

Förlossningsrädsla är ständigt ett omdebatterat ämne i massmedia och andelen planerade kejsarsnitt på grund av humanitära skäl har ökat de senaste åren. Många kvinnor är spända inför förlossningen. Det är en naturlig reaktion som kan hjälpa till att möta den nya situationen och hjälper till och med kvinnan i förlossningsarbetet genom att höja adrenalinnivån. I vissa fall övergår denna känsla till en okontrollerbar rädsla och ångest. (Saisto 2000)

Hos skribenten väcktes ett intresse att ta reda på vad barnmorskan kan göra för att stödja kvinnan i denna situation och hur man kommer fram till en lyckad lösning. Detta är något som påverkar kvinnans välmående och upplevda hälsa under hela graviditeten. Som blivande barnmorska kommer skribenten utan tvekan att komma i kontakt med förlossningsrädda kvinnor. Det kan ske på mödrarådgivningen där man strävar till att identifiera dessa känslor för att redan i ett tidigt skede kunna fånga upp kvinnor som upplever oro eller rädsla inför förlossningen. Det förekommer också fall där rädslan kommer plötsligt under förlossningens gång och då kan barnmorskan stödja dessa kvinnor genom förlossningen och förhoppningsvis ge dem en lyckad upplevelse. Som barnmorska kan man också arbeta på poliklinikmottagningar specialiserade på

förlossningsrädsla och vården av denna. Det är viktigt att kunna ge rätt sorts och rätt mängd information men framför allt att kunna ge det stöd som behövs i dessa situationer. Vårt mål ska vara att främja kvinnors hälsa och välbefinnande samtidigt som kejsarsnitt utan medicinsk indikation undviks i den mån det är möjligt.

Denna studie kommer att belysa vårdrelationen mellan barnmorskan och den förlossningsrädda kvinnan. Studien handlar om hur barnmorskan kan stödja dessa kvinnor samt hur man kommer fram till en lyckad lösning. I bakgrunden finns en allmän beskrivning av förlossningsrädsla och vad som kan ligga bakom den.

Detta examensarbete är ett beställningsarbete inom ramarna för Kvinnoprojektet. Kvinnoprojektet är ett samarbete mellan Arcada och Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt som officiellt stiftades år 2010. Syftet med samarbetet är att utveckla vården för gynekologiska, gravida, födande och nyförlösta kvinnor och deras familjer.

## **2 BAKGRUND**

Nedan följer en allmän beskrivning av förlossningsrädsla, orsaker bakom den och fakta som läsaren behöver för att förstå helheten i studien. Förlossningsrädsla är ett komplext ämne som väcker mycket åsikter och tankar både hos vårdpersonalen och befolkningen.

### **2.1 Allmänt om förlossningsrädsla**

Tanken på förlossningen kan kännas spännande och nervös men när det påverkar livet negativt och överskuggar glädjen från graviditeten kan man prata om förlossningsrädsla. I Finland känner ungefär var femte gravid kvinna oro eller rädsla inför förlossningen och runt 6 % har kraftig rädsla. (Saisto 2000) Anknnytningen till barnet kan också störas om kvinnan känner så kraftig rädsla att det tar all hennes kraft och upptar all tankeverksamhet under graviditeten. Kvinnan kan således omöjligt förberedas för barnets nedkomst och växa in i moderskapsrollen på ett fördelaktigt vis. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006)

Förlossningsrädsla framställdes som en obstetrisk diagnos för första gången i Finland år 1997 då diagnoskoden ”O99.80 Förlossningsfruktan” lades till i den nationella versionen av ICD-10. ICD-10 är Världshälsoorganisationens internationella klassifikationssystem för diagnoser men varje land kan ha egna subkategorier och preciseringar av diagnoser. (Institutet för hälsa och välfärd 2011 s. 599)

Världshälsoorganisationen (The World Health Organisation (WHO)) fastställer att främjandet av kvinnans mentala hälsa är beroende av ett flertal faktorer, bland annat kvinnans självbestämmanderätt och kontroll i vården. För att nå detta behövs empirisk forskning som visar hur man bäst stödjer gravida kvinnor för att förbättra deras hälsa under och efter graviditeten. (WHO 2000 s. 14)



Att stödja och bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på bästa sätt är avgörande för kvinnans reproduktiva hälsa. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter innebär att alla människor har rätt att bestämma över sin egen kropp, har rätt till kunskap och rådgivning och adekvat vård under graviditet och förlossning. (Regeringen 2005)

## **2.2 Orsaker till förlossningsrädsla**

Inom vården delas förlossningsrädsla in i tre kategorier: primär, sekundär och samsjuklighet till psykisk sjukdom. Vid en primär förlossningsrädsla känner kvinnan oro före eller under sin första graviditet och den kan göra att hon inte riskerar att bli gravid överhuvudtaget. En sekundär förlossningsrädsla grundar sig i en tidigare traumatisk förlossning som kan ha varit smärtsam, långvarig och eventuellt avslutats instrumentellt (sugklocka eller tång) eller kirurgiskt (kejsarsnitt eller klipp i mellangården, så kallad episiotomi). Den tredje kategorin innebär att kvinnan förutom förlossningsrädsla har en psykisk sjukdom i botten som t.ex. depression eller ångestsyndrom. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 8)

En av de vanligaste orsakerna till förlossningsrädsla är smärta. Förlossningssmärtan kan vara den kraftigaste smärtan en föderska kan tänka sig och det kan skrämma både förstföderskor och omföderskor. För en förstföderska kan det ”okända” vara det som skrämmer och för en omföderska det ”kända”, det hon upplevt och erfarit. Förlossningsrädsla kan också grunda sig i lågt självförtroende och att kvinnan tvivlar på sin förmåga att klara av en förlossning. Det kan innebära oro för att vara en ”dålig” föderska, att inte ha den fysiska kapacitet som krävs och därmed komplicera förlossningen och riskera skada på barnet. Att förlora kontrollen både för egen del men att inte heller känna tillit till att barnmorskan har kontroll över situationen är en annan orsak som oftast grundar sig i något annat. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006)

## 2.3 Varför önskar kvinnor kejsarsnitt?

Kejsarsnitt önskas av många olika anledningar, men alla kvinnor med förlossningsrädsla önskar inte det. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 3) Alla kvinnor som önskar kejsarsnitt har inte heller förlossningsrädsla men en av de vanligaste orsakerna bakom ett önskemål om kejsarsnitt är förlossningsrädsla. (Saisto & Halmesmäki 2007) En annan orsak kan vara att kvinnan tidigare genomgått kejsarsnitt och är orolig att det ska leda till komplikationer vid en vaginal förlossning. Förutom fysiska risker med vaginal förlossning så som bristningar, inkontinens och livmoderframfall kan kvinnan vara rädd för att barnet ska skadas och påverkas av förlossningen. Man har sett att kvinnor som utsatts för sexuellt våld och övergrepp önskar kejsarsnitt i större utsträckning än andra. Det tycks också vara vanligare att önska kejsarsnitt om man lider av psykisk ohälsa eller är lågutbildad. (Saisto & Halmesmäki 2003) Det händer också att kvinnor önskar kejsarsnitt av praktiska skäl, till exempel att partnern är bortrest, att paret bor långt ifrån sjukhuset eller för att barnet ska födas ett visst datum. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 3)

## 2.4 Planerat kejsarsnitt

Andelen kejsarsnitt har ökat de senaste åren, år 2008 var ca 17 % av förlossningarna kirurgiska. Den största andelen av kejsarsnitten görs på medicinska grunder men runt 8 % görs på grund av kvinnans önskan. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 3) Rädsla inför förlossningen är lika vanligt bland förstföderskor som omföderskor. (Saisto 2000) Trots att andelen kejsarsnitt ökat, verkar förlossningsrädsla i själva verket inte ha ökat bland befolkningen. Det kan förklaras genom att man i dagens samhälle verkar mer benägna att uppsöka vård och få hjälp när man behöver det. Det är inte lika tabubelagt att erkänna oro och rädsla som förr. En faktor kan också vara att man förväntar sig att någon annan i kombination med medicin och teknik ska lösa ens problem medan man förr bearbetade och löste detta i nära relationer eller höll det inom sig. Hur som helst är det positivt att förlossningsrädsla är ett mer accepterat och välkänt fenomen nuförtiden. (Sjögren 2003)

Av kvinnorna som uppsöker rädslopoliklinikerna i Finland räknar man att tre fjärdedelar önskar planerat kejsarsnitt. (Saisto 2000) Enligt hälso- och sjukvårdslagen kan man dock inte önska ett ingrepp utan endast avstå från ett erbjudet sådant. (Finlex 1992) I den svenska lagstiftningen formuleras lagen så att kvinnans delaktighet i beslutsprocessen betonas. Beslut angående förlossning sker i samråd mellan kvinnan/paret och läkare. Detta efter att kvinnan fått lämplig information och samtalsstöd. (Sveriges riksdag 2010)

Hälso- och sjukvårdslagen utgår från tre huvudsakliga principer; människovärdesprincipen, behovsprincipen och principen om kostnadseffektivitet. Vårdresurserna ska fördelas på lika villkor, efter behov och efter bedömning om resultat. Den etiska aspekten i att tillmötesgå patienternas önskemål problematiseras alltså av vårdarens skyldighet att professionellt bedöma patientens behov gentemot erfarenhet av vilken behandlingsmetod som är möjlig och mest lämpad i den unika situationen, samtidigt som fördelningen av tid och behandlingsresurser sker på ett optimalt sätt. (SOU 2003 s. 13)

## **2.5 Risker med kejsarsnitt**

Det finns i nuläget inte tillräckliga studier av god kvalitet och tillförlitlighet som påvisar följderna av ett planerat kejsarsnitt. Det har visserligen forskats en hel del i komplikationer kring kejsarsnitt men ofta framgår inte orsaken bakom kejsarsnittet och vid akuta kejsarsnitt är andelen komplikationer större jämfört med vid planerade kejsarsnitt. Riskerna finns också vid planerade kejsarsnitt men i hur stor utsträckning och frekvens är okänt. Den nära förbindelsen mellan indikation och komplikation försvårar också en jämförande studie. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 4)

Ett akut kejsarsnitt utförs efter att förlossningen startat eller när barnets eller mammans hälsa kan riskeras. Akuta kejsarsnitt görs 30-60 minuter efter beslutet. Ett nödkejsarsnitt görs däremot genast då det är fara för barnets eller mammans liv. (Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt)

Den allvarligaste risken för modern på kort sikt är död. Denna risk är dock nästintill obefintlig i västvärlden, likaså risken för skador på andra bukorgan. Mer vanliga risker är däremot infektion, där infektion av livmoderslemhinnan (endometrit), sårinfektion och urinvägsinfektion är de mest förekommande. Andra risker på kort sikt är djup ventrombos (blodpropp i benet) vilket sekundärt kan leda till lungemboli om proppen lossnar och vandrar vidare till lungan. Den nyblivna modern kan också få en fördröjd start av amningen efter ett kejsarsnitt och upplever fler problem i samband med amning än kvinnor som fött vaginalt. I regel stannar också en kvinna som genomgått kejsarsnitt längre tid på sjukhuset och har en fördröjd mobilisering. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 4-5)

Kejsarsnitt kan också innebära risker på lång sikt så som ökad risk för uterusruptur (bristning av livmoderväggen) och hysterektomi (bortoperering av livmodern) som påföljd. Det är också en förhöjd risk för komplikationer med moderkakan vid påföljande graviditeter så som avlossning, fastvuxen moderkaka eller att moderkakan täcker livmoderhalsen helt eller delvis. Andra eventuella komplikationer på lång sikt är också tarmvred, samlagssmärter, kronisk buksmärta och inkontinens. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 5-6)

Den vanligaste komplikationen när det gäller barnet är neonatal andningsstörning. Vid en vaginal förlossning får barnet automatiskt ett stresspåslag av moderns sammandragningar vilket leder till en produktion av stresshormoner som hjälper till att pressa fostervattnet ur lungblåsorna och förbereder barnet inför livet utanför livmodern. Vid ett akut kejsarsnitt har denna process hunnit påbörjas men vid ett planerat kejsarsnitt har detta inte hunnit ske vilket kan leda till andningsstörning och ineffektivt gasutbyte i lungorna. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 6-7)

Efter ett planerat kejsarsnitt löper barnet ökad risk att drabbas av hypoglykemi (låg blodsockerhalt), hypotermi (sänkt kroppstemperatur) och förlängd vårdtid. På lång sikt riskerar barnet en påverkan av bakteriefloran i tarmen som kan leda till permanent obalans, vilket kan förklara varför man funnit att barn som fötts med hjälp av kejsarsnitt löper runt 30 % högre risk att vårdas på sjukhus för gastroenterit (mags-tarminflammation). Andra risker med kejsarsnitt på lång sikt är astma,

födoämnesallergier, atopi (ärfilig benägenhet för att reagera på vissa allergener), glutenintolerans och diabetes typ 1. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 7)

## **2.6 Planerad förlossning**

Som alternativ till planerat kejsarsnitt finns den relativt nya termen planerad förlossning. Tillsammans med barnmorska och läkare kan kvinnan göra upp en individuellt anpassad förlossningsplan och diskutera förlossningen, smärtlindring och andra faktorer som kan kännas betryggande för kvinnan. Det händer också att man kommer överens om en planerad igångsättning av förlossningen. (Nationella medicinska indikationer 2011 s. 21) Personalen på förlossningen strävar alltid till att följa förlossningsplanen men kvinnorna måste trots allt förberedas på att förändringar av planen kan ske då man aldrig kan förutspå hur en förlossning kommer framskrida. (Ryding et al. 2003)

## **2.7 Ekonomiska aspekten**

Man kan inte blunda för den ekonomiska aspekten vid en ökning av andelen kejsarsnitt. Enligt de internationella gynekologföreningarnas gemensamma takorganisations, FIGO, (International Federation of Gynecology and Obstetrics) etiska rekommendationer fastställs att det inte är motiverat att utföra kejsarsnitt utan medicinsk indikation i enlighet med läkarens plikt att inte tillföra skada. Kostnadsaspekten av att använda vårdens resurser till ingrepp som inte gagnar hälsan anses inte heller etiskt försvarbart. (FIGO 2012 s. 88-89)

Begreppsförklaringen av termen medicinsk indikation är en intressant frågeställning. Gäller det uteslutande somatiska tillstånd, alltså tillstånd kopplade till människokroppen så som till exempel obstetrisk, pediatrik eller internmedicinsk problematik? Man kan fråga sig om psykiskt lidande utesluts eller om det också kan räknas som ett medicinskt tillstånd. (Sjögren 2003)

### **3 TEORETISKT PERSPEKTIV**

Studien belyser barnmorskans del i vården av kvinnan med förlossningsrädsla och då helhetssynen i vården är en väsentlig del av detta har jag valt att använda mig av Karin Dahlbergs syn på vårdandets helhet. Jag kommer således undersöka hur man som barnmorska kan skapa en vårdande relation med öppenhet för patientens hälsosituation och lidande inför planeringen av förlossningen.

Helhetssyn i vården innebär att man ser vården ur patientens perspektiv och att patienten är central i vården. För att uppfatta vårdprocessen ur patientens perspektiv måste man bildligt talat vara vänd mot patienten och bry sig om patienten som människa. (Dahlberg 1994 s. 37)

Dahlberg delar in helhetssynen i olika underkategorier där den första beskriver patienten som en unik person, den andra är inriktad på patientens behov och den tredje ser till patientens resurser. Den fjärde kategorin beskriver helhetssynen som att ha en tillfällig bild och att se på situationen i nutiden och vara närvarande. Dessa kategorier belyser helhetssynen ur olika vinklar men grundas alla i att vara vänd mot patienten som människa. (Dahlberg 1994 s. 39)

#### **3.1 Att se mer än en patient**

Patienten blir bemött som en unik person där den ses som mer än en patient. Som vårdare ser du människan bakom patientrollen och personen blir respekterad. Som person har man ett större individuellt värde än som patient. Det gäller att vara lyhörd och lyssna till budskapet och inte bara det bokstavligen i fraserna. Det kan också handla om att lära känna patienten som person och klara av att se människan bakom det utagerande patientbeteendet. (Dahlberg 1994 s. 39-40)

### **3.2 Att se vad som fattas**

Att se vad som fattas innebär enligt Dahlberg att se patientens behov. Det kräver en viss sensitivitet hos vårdaren för att uppfatta patientens behov oavsett hur väl uttalad förmåga patienten har att uttrycka dessa. En patient som känner sig i underläge gentemot barnmorskan eller annan vårdpersonal har större svårigheter att uttrycka och blotta sina önskemål och behov än en patient som bemöts som medmänniska. Att utgå från patientens behov innebär att det inte finns någon färdig lösning. Det är viktigt att vårdaren klarar av att identifiera behoven för att sedan gå vidare med det tillsammans med patienten. (Dahlberg 1994 s. 41-42)

### **3.3 Att se vad som finns**

För att kunna se helheten måste vårdaren identifiera vad som redan finns, vilka resurser patienten har, vilket ger en annan utgångspunkt att bygga vidare på. Ofta ser man i ett medicinskt perspektiv endast till det sjuka medan man i helhetssynen ser till det friska och arbetar utifrån det. Det leder automatiskt till ett positivt synsätt och ger en meningsfullhet. (Dahlberg 1994 s. 42-43)

### **3.4 Att se en del av helheten**

I de övriga kategorierna betonas helhetssynen som ett perspektiv av att se till det unika hos patienten, dess behov eller resurser. I denna kategori är det formen som är det betydelsefulla särdraget. Sättet att hantera helhetssynen är således det viktiga. Det sägs att helhetssynen är en del av helheten, att man aldrig kan få grepp om hela helheten och fullständig kunskap om människan. Helhetssynen är alltså en ständigt pågående process. Därför är perspektivet det viktiga i vårdandets helhetssyn. Att utgå från nuet ger ett optimalt helhetsperspektiv där vårdaren arbetar med den tillfälliga bild som finns här

och nu. Man gör ett medvetet val där man arbetar med en viss del utan att tappa helheten som alltid finns i bakgrunden. Det finns alltid ett privat område som vårdaren inte har tillgång till och det behövs inte heller för att en helhetssyn ska råda. Grundtanken är att en helhetssyn ständigt förändras och påverkas av situationen som råder för stunden. (Dahlberg 1994 s. 43-46)



## 4 FORSKNINGENS MÅL, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med litteraturstudien är att kartlägga på vilka sätt barnmorskan kan stödja den gravida kvinnan med förlossningsrädsla inför förlossningen. Tidigare forskningar har behandlat specifika områden inom vården av den förlossningsrädda kvinnan. Målet med denna studie är en helhetsöversikt över hur man som barnmorska kan stödja kvinnan och skapa en vårdande relation.

Jag hoppas arbetslivet kan ha nytta av min litteraturstudie, att den är lättöverskådlig och ger större förståelse för den förlossningsrädda kvinnan. Personal på mödrarådgivningen och förlossningen kan få en överblick av hur man som barnmorska kan skapa en vårdande relation med öppenhet för patientens hälsosituation och lidande inför förlossningen.

Studien kan också bidra till ett bättre samarbete mellan olika vårdinstanser och driva på utvecklingen av en gemensam vårdplan för hela Finland så som det redan finns i Sverige. En gemensam vårdplan skulle ge en trygghet för både vårdpersonal och patienter. Att ha ett konsekvent förfaringsätt i vården av den förlossningsrädda kvinnan bidrar till patientsäkerheten. (Saisto 2000)

Forskningens mål är att svara på frågeställningarna och uppfylla syftet med studien.

1. *På vilka sätt kan barnmorskan stödja kvinnan med förlossningsrädsla?*
2. *Hur skapas en vårdande relation?*

## 4.1 Centrala begrepp

*Barnmorska* – Syftar i studien till den som möter kvinnan i vårdprocessen. På mödrarådgivningen kan det vara en hälsovårdare men för enkelhetens skull har skribenten valt att använda benämningen barnmorska.

*Doula* – En frivillig stödperson utan medicinskt ansvar som är tränad i att stödja den födande kvinnan och hennes närmaste under graviditet, förlossning och den första tiden efteråt.

*Förlossningsrädsla* – Oro eller rädsla inför förlossning.

*Förstföderska* – Kvinna som inte fött barn tidigare.

*Humanitär* – Människovänlig; avser främjandet av allmänmänskliga intressen.

*Indikation* – Något som talar för att ett visst förhållande föreligger; inom medicinen omständighet som utgör skäl för att vidta en viss åtgärd, t.ex. vid utredningen eller behandlingen av en sjukdom eller ett symptom.

*Kvinna* – Syftar i studien till den gravida kvinnan.

*Läkare* – Syftar i studien till den läkare kvinnan möter. (Gynekolog eller förlossningsläkare)

*Obstetrik* – Läran om graviditet och förlossning.

*Omföderska* – Kvinna som fött ett eller flera barn.

*Vårdare* – Vårdpersonal (barnmorska, sjukskötare, läkare, närvårdare)

## **5 VAL AV MATERIAL OCH METODER FÖR STUDIEN**

Jag har valt att göra en litteraturstudie där jag analyserar redan befintligt material då det forskats en hel del i detta högaktuella ämne. Jag vill således kartlägga vilka forskningar som gjorts och eventuellt hitta luckor i dessa som man kan bygga vidare på. (Forsberg & Wengström 2003 s. 27-28)

Litteraturstudiens innehåll analyseras med en kvalitativ metod på ett induktivt sätt. Det innebär att jag inte har en teori eller hypotes före datainsamlingen utan bildar kategorier och kriterier utifrån materialet. Jag hoppas därmed fånga verkligheten på ett adekvat sätt utan förutfattade meningar eller förväntningar på materialet. (Jacobsen 2007 s. 47-49)

Genom att kategorisera materialet skapas en struktur och ger en överblick över olika särdrag i de valda artiklarna. Kategorier behövs för att påvisa teman i artiklarna som antingen liknar varandra eller särskiljer sig från varandra. Detta hjälper också i analysprocessen då omfattande data förenklas och bryts ner i delar. Kategorierna belyses således ur olika synvinklar trots att artiklarna inte behandlar enbart samma tema. Strukturen illustreras av rubrikerna i resultatdelen. (Jacobsen 2007 s. 139-140)

### **5.1 Val av material**

Som material till detta examensarbete användes 10 vetenskapliga artiklar och 15 artiklar eller rapporter till bakgrunden. Materialet till innehållsanalysen samlades in via sökningar på databaserna Cinahl (EBSCO) och Academic Search Complete. Kriterier som användes vid sökningen var att artiklarna var publicerade tidigast år 2002, att de var expertgranskade (peer-reviewed), att de fanns i fulltext utan kostnad och att skribenten behärskade språket de var skrivna på. Jag ville också att artiklarna skulle beröra Norden då mödrarådgivningen och förlossningsvården är tämligen lika i de nordiska länderna.

Sökningen i Cinahl och Academic Search Complete gjordes med sökorden "Fear of childbirth", "Fear of birth", "Fear", "Anxiety", "Cesarean section", "Maternal request". Jag fann genom sökorden "Fear of childbirth" och "Cesarean section" 45 artiklar varav tre valdes till studien. Samtliga gällde Norden. Dessa var: "Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study", "Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study" och "Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy".

Med sökorden "Fear", "Childbirth" och "Midwifery" fann jag ytterligare två artiklar av 46 möjliga: "Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth" och "Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth". De övriga berörde inte ämnet eller härstammade inte från någon av de nordiska länderna. Vissa hade jag redan inkluderat efter tidigare sökning.

Genom sökorden "Pregnancy", "Fear" och "Counseling" fann jag två artiklar av 58 möjliga som lämpade sig för arbetet: "An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth" och "Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth?".

Jag utökade därefter sökningen till att också inkludera artiklar publicerade 2000-2001 och sökte med sökordet "Fear of childbirth" för att se om jag missat någon viktig artikel genom exkluderingskriterierna. På så sätt hittade jag en passande artikel från Finland, "A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth", publicerad endast två månader från mitt ursprungliga krav.

Under processens gång stötte jag på läkare T. Saisto som skrivit flertalet artiklar i ämnet, det ledde till en sökning endast i hennes namn som författare och på det sättet

fann jag ”Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial”. Då jag visste att hon skrivit fler artiklar på finska gjorde jag ytterligare en manuell sökning via Duodecim. Det gav material till bakgrunden som beskrev förlossningsrädsla och vården av den förlossningsrädda kvinnan.

Genom källförteckningen i en artikel fann jag ”Is the childbirth experience improved by a birthplan?” som lämpade sig väl för avsnittet om förlossningsplaneringen.

Urvalet skedde genom att välja artiklar som behandlade frågeställningarna i arbetet. Artiklar valdes som handlade om hur förlossningsrädsla sköts i vården, om barnmorskans roll i förlossningsplaneringen, om kvinnor som genomgått vaginal förlossning efter en tidigare önskan om kejsarsnitt, undersökningar och resultat av dessa samt de som genomgick kejsarsnitt på grund av förlossningsrädsla.

*Tabell 1: Litteratursökning*

<b>Databas</b>	<b>Söktermer</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
Cinahl+Academic Search Complete	“Fear of childbirth” AND “Cesarean section”	45	3
Cinahl+Academic Search Complete	“Fear” AND “Childbirth” AND “Midwifery”	46	2
Cinahl+Academic Search Complete	“Fear of childbirth” 2000-2013	112	1
Cinahl+Academic Search Complete	“Pregnancy” AND “Fear” AND “Counseling”	58	2
Cinahl+Academic Search Complete	“Saisto” (AU)	26	1
Cinahl+Academic Search Complete	Manuell sökning	1	1

Tabell 2: Vald forskning

Författare	Titel	Årtal/ Land	Tidskrift/ Databas:sökord	Syfte	Undersökningsmetod
<b>Halvorsen et al</b>	Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth?	2010/ Norge	Midwifery/Cinahl: "Pregnancy" AND "Fear" AND "Counseling"	Undersöka om barnmorskans attityd påverkar kvinnans önskemål om kejsarsnitt	193 kvinnor studerades efter att ha blivit bemötta antingen av en barnmorska med "coping"-attityd eller av en barnmorska som poängterade kvinnans självbestämmanderätt. Materialet hämtades från remisser, rådgivningsanteckningar och data från förlossningen och BB.
<b>Lundgren et al.</b>	Is the childbirth experience improved by a birthplan?	2003/ Sverige	Journal of Midwifery & Women's Health/Cinahl: Manuell sökning	Undersöka effekten av en förlossningsplan	271 gravida kvinnor fyllde i ett formulär om känslor inför förlossningen. Därefter gjordes en förlossningsplan upp. Upplevelsen av förlossningen undersöktes en vecka efter förlossningen.
<b>Lyberg &amp; Severinsson</b>	Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study	2010a/ Norge	Journal of Nursing Management/Cinahl: "fear of childbirth" AND "cesarean section"	Belysa mödrarnas förlossningsrädsla och deras erfarenheter av barnmorsketeamets vårdmodell	Intervjuundersökning av 13 kvinnor med förlossningsrädsla
<b>Lyberg &amp; Severinsson</b>	Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth	2010b/ Norge	Journal of Nursing Management/Cinahl: "fear" AND "childbirth" AND "midwifery"	Beskriva hur gravida kvinnor och nyblivna mödrar upplever barnmorskans roll i handledande och ledarskap	Intervjuundersökning av 13 kvinnor med förlossningsrädsla. Uppgifterna tolkades med kvalitativ innehållsanalys.
<b>Ramvi &amp; Tangerud</b>	Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study	2011/ Norge	Nursing and Health Sciences/Academic Search Complete: "fear of childbirth" AND "cesarean section"	Beskriva upplevelser hos kvinnor som fött vaginalt efter önskemål om kejsarsnitt p.g.a. förlossningsrädsla	Tolkning av biografiska berättande intervjuer av fem kvinnor. (BNIM)

<b>Rouhe et al.</b>	Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial	2012/ Finland	BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology /Cinahl: "Saisto"	Undersöka effekten av psykoedukativ gruppterapi för primär förlossningsrädsla.	Analys av obstetrisk data och frågeformulär. 131 kvinnor i testgruppen och 240 kvinnor i kontrollgruppen.
<b>Ryding et al.</b>	An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth	2003/ Sverige	Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica /Academic Search Complete: "fear of childbirth"	Studera förlossningsupplevelse, posttraumatiska stressymptom och tillfredsställelse med vården hos gravida kvinnor som konsulterat specialutbildade barnmorskor för förlossningsrädsla	Sammanlagt 106 kvinnor svarade på frågeformulär och öppna frågor 1 och 14 månader efter förlossningen. Hälften av dessa hade konsulterat förlossningsrådsloteamet och andra hälften var i kontrollgruppen.
<b>Saisto et al.</b>	A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth	2001/ Finland	Obstetrics & Gynecology	Jämföra intensiv terapi med konventionell terapi bland kvinnor med förlossningsrädsla	Frågeformulär besvarade av 176 kvinnor med förlossningsrädsla som antingen fått intensiv eller konventionell terapi
<b>Salomonsson et al.</b>	Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth	2010/ Sverige	Midwifery/ Cinahl: "Fear" AND "Childbirth" AND "Midwifery"	Att beskriva barnmorskors erfarenheter och uppfattningar av kvinnor med förlossningsrädsla	Fyra stycken fokusgrupper med sammanlagt 21 erfarna barnmorskor
<b>Sydsjö et al.</b>	Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy	2012/ Sverige	Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica/ Academic Search Complete: "Fear of childbirth" AND "Cesarean section"	Att jämföra obstetriska utfallet bland kvinnor med förlossningsrädsla som fått rådgivning under graviditeten med kvinnor utan förlossningsrädsla	Analys av obstetrisk data av kvinnor som fött på Universitetssjukhuset i Linköping under 2001-2007. Testgruppen bestod av 353 kvinnor med förlossningsrädsla och kontrollgruppen av 579 kvinnor.

## 6 FORSKNINGSETISKA REFLEKTIONER

Ordet ”etik” kommer från det grekiska ordet ”ethos” och beskriver det som ligger bakom de seder och vanor som styr handlandet och vad avsikten bakom handlandet är. Man kan säga att etiken är en teoretisk utgångspunkt som utforskar och reflekterar över det moraliska handlandet. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008, s. 35-36)

Genomgående under arbetets gång kommer etiska överväganden ske. Materialet är hämtat från tidigare publicerade vetenskapliga artiklar och dessa hanteras så att innehållet i artiklarna inte förändras eller förvrängs. Texten hanteras respektfullt och kopieras inte. Citat, källor samt hänvisningar till dessa är tydligt angivna så att läsaren lätt kan hitta primärkällan. (Forsberg & Wengström. 2003, s. 73-74)

Litteraturstudien följer de etiska direktiven för ”God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada” som i sin tur åtyder de riktlinjer som Forskningsetiska delegationen i Finland utfärdade år 2002. (Arcada)

Min avsikt var att skriva en objektiv och saklig översikt utan personliga åsikter vare sig av egen del eller av forskare i de analyserade forskningarna. Jag har valt ett känsligt ämne där det är lätt att göra tolkningar och söka efter dolda budskap. Jag har därför medvetet valt att skriva på ett övertydligt sätt för att eliminera risken för feltolkningar och missförstånd.



## **7 RESULTATREDOVISNING**

Syftet med denna studie var att kartlägga på vilka sätt barnmorskan kan stödja den förlossningsrädda kvinnan inför förlossningen och skapa en vårdande relation. Olika områden steg fram ur de utvalda artiklarna vilket avgjorde indelningen i resultatredovisningen. I artiklarna undersöktes barnmorskans handledande roll, bemötandet av kvinnan och hennes självbestämmanderätt samt barnmorskans attityd till förlossningsrädsla. Resultatet av innehållsanalysen speglades mot den teoretiska referensramen som bestod av Karin Dahlbergs teori om vårdandets helhetssyn.

### **7.1 Barnmorskans förhållningssätt**

Skapandet av en vårdande relation är till en stor del beroende av hur barnmorskan bemöter och hanterar kvinnor med förlossningsrädsla. På vilket sätt barnmorskan gör det varierar stort. Man kan inte bortse från att personkemi och personlighet påverkar oss oavsett vi vill det eller inte. I undersökningen av Halvorsen et al. kan vi dock se att den övergripande faktorn gällande förlossningsrädsla och påföljden av den påverkas av barnmorskans förhållningssätt och inte personlighet. (Halvorsen et al. 2010)

Barnmorskan måste se människan bakom patientrollen för att kunna bemöta kvinnan respektfullt och som en unik person. Det innebär att man ser förbi det utåtagerande patientbeteendet och lyssnar till budskapet. Det kan ta tid att lära känna människan bakom patientrollen. En kvinna med förlossningsrädsla känner sig allt som oftast i underläge då hennes behov och önskemål måste blottläggas för att få hjälp för rädslan eller ett planerat kejsarsnitt ska godkännas. Dessa behov och önskemål kan vara svåra att förklara vilket gör att helhetssynen också innebär att se till de behov som inte uttrycks. Oavsett hur väl patienten uttrycker sina behov krävs en viss sensitivitet hos barnmorskan för att uppfatta det som verkligen sägs. (Dahlberg, 1994 s. 39-41)

### **7.1.1 Individfokuserat bemötande**

Bemötandet och val av behandlingsmetod bör vara individuellt anpassade. Barnmorskor måste ha yrkesmässig kännedom om vad som kan ligga bakom en rädsla inför förlossningen och därigenom ett önskemål om planerat kejsarsnitt. Som barnmorska behöver man också kunna bemöta dessa kvinnor på ett sätt som inger tillit, ger självmedvetenhet och ger rum för den mentala processen. Ibland kan rädslan inför förlossningen grunda sig i en misstro till vårdpersonal, att personalen inte lyssnar eller att de ska tappa kontrollen över situationen. I dessa fall måste man först bygga upp det förtroendet igen. (Halvorsen et al. 2010) I ett av fallen beskrivna i undersökningen av Ryding et al. framkommer att kvinnor som känner brist på förtroende till vårdpersonalen kan behöva mer avancerat och utvecklat stöd än det som kan ges av barnmorskor. (Ryding et al. 2003)

Alla i behov av vård behöver känna att de blir tagna på allvar, att de blir hörda och att deras känslor blir bekräftade och accepterade. (Halvorsen et al. 2010; Ryding et al. 2003; Salomonsson et al. 2010) I undersökningen av Ryding et al. fann man att ingen av de tillfrågade nämnde informationen, varken mängden eller kvaliteten. Det väsentliga ansågs vara att barnmorskan lyssnade och tog dem på allvar. Kvinnorna önskade också att vårdpersonalen skulle vara vidsynta, respektfulla och betonade vikten av att förlossningsplanen följs och att deras krav uppfylls. De önskade också att personalen kunde tillbringa mer tid med dem i förlossningssalen. Detta är inte alltid möjligt i dessa spartider men ett förslag är att utveckla och använda sig av doulaverksamheten i större grad. (Ryding et al. 2003) Barnmorskorna i fokusgrupperna i undersökningen av Salomonsson et al. betonade ännu vikten av att vara tillgänglig för kvinnorna, innefattande extra besök och telefonsamtal. Genom att sätta ord på känslorna kan kvinnorna möta och ta sig igenom rädslan. (Salomonsson et al. 2010)

Den stora utmaningen för vårdpersonal verkar vara att skapa en miljö som främjar en öppen dialog och utgör grunden för ett samtal om kvinnans tankar och upplevelser. (Ramvi & Tangerud 2011)

### **7.1.2 Kvinnans självbestämmanderätt**

En metod i bemötandet av den förlossningsrädda kvinnan är att poängtera hennes rätt att vara delaktig i beslutet om kejsarsnitt. Barnmorskan uttrycker då att hon stödjer kvinnans beslut om kejsarsnitt trots att vaginal förlossning skulle vara att föredra. Halvorsen et al. menar att detta förhållningssätt stör kvinnan i processen hon måste genomgå för att förändra hennes tankesätt. Det kan göra att barnmorskan och kvinnan fokuserar på beslutet om förlossningssätt istället för mental bearbetning. Barnmorskan måste förstå att kvinnan kan vara i en svår situation där en del av henne fruktar en vaginal förlossning och den fysiska och psykiska smärta det kan innebära medan en del av henne anser att en vaginal förlossning skulle vara det bästa både för henne själv och barnet. En del kvinnor som mött en barnmorska med detta förhållningssätt har upplevt att de inte fick det stöd de skulle behövt, att barnmorskan inte hade tillit till kvinnans förmåga att klara en vaginal förlossning och kände därmed ännu mer osäkerhet inför förlossningen. Detta kan också leda till att kvinnan i framtida svåra situationer väljer dylik undvikande strategi istället för att våga möta rädslan och oron. (Halvorsen et al. 2010)

Ramvi och Tangerud fastslår hur viktigt det är att vårdpersonal är respektfulla, empatiska och medvetna om kvinnans rätt att delta i beslutsprocessen om kejsarsnitt. Större delen av kvinnorna i undersökningen som genomgått en vaginal förlossning trots önskemål om kejsarsnitt kände sig överkörda och förödmjukade under beslutandet. (Ramvi & Tangerud 2011)

## **7.2 Barnmorskans roll i vården av den förlossningsrädda kvinnan**

Kvinnor som söker hjälp för förlossningsrädsla är en utsatt och sårbar grupp. Det finns inga bevis på vad som skulle vara den bästa metoden och vården av dessa kvinnor bör i allra högsta grad vara individuellt anpassad. Barnmorskor som jobbar på särskilda mottagningar för förlossningsrädda kvinnor är specialutbildade för detta ändamål och får regelbunden handledning. De uppmuntrar kvinnor att tala om rädslan och vad den kan grundas i. Först när kvinnornas självförtroende stärkts kan de börja föreställa sig den kommande förlossningen på ett mer positivt sätt. Förväntningarna bör dock vara realistiska då förlossningen kan vara skrämmande även om utfallet i slutändan är positivt. (Ryding et al. 2003)

### **7.2.1 Förlossningsplan**

Beroende på situation görs en förlossningsplan upp, antingen tillsammans med barnmorskan eller med en läkare. Kvinnan förbereds också på att förlösas av en barnmorska hon kanske inte träffat tidigare. En annan möjlighet är att komma överens om en så kallad planerad vaginal förlossning med igångsättning, då är det möjligt att kvinnan förlöses av en barnmorska hon tidigare träffat. I vissa fall kommer man fram till att ett planerat kejsarsnitt är den enda möjligheten och går igenom rutinerna för detta. Personalen på förlossningen strävar till att följa förlossningsplanen så långt som möjligt men kvinnorna måste vara förberedda på att acceptera att förändringar av planen kan ske. (Ryding et al. 2003) Att ha en förlossningsplan som innefattar alternativa strategier när förlossningen inte fortskrider som planerat kan ge kvinnan en känsla av trygghet och kontroll i en annars, kan tyckas, okontrollerbar situation. (Lyberg & Severinsson 2010b)

Lundgren et al. fann att en förlossningsplan generellt inte förbättrade den övergripande upplevelsen av förlossningen men att omföderns upplevde förlossningen som mindre skrämmande och kände mindre rädsla för smärtan. Däremot såg man att de som gjort upp en förlossningsplan var mindre tillfreds efter första mötet med barnmorskan på förlossningsavdelningen än de som inte gjort upp någon plan inför förlossningen. En möjlig orsak till detta kan vara att de hade orealistiska förväntningar på förlossningen. (Lundgren et al. 2003) I undersökningen av Salomonsson et al. uttryckte en barnmorska att en väldigt detaljerad förlossningsplan känns som att kvinnan upplever henne som olämplig och otillräcklig och därigenom kan det väcka en negativ inställning gentemot kvinnan. Risken finns också att barnmorskan beter sig på ett onaturligt sätt. (Salomonsson et al. 2010)

### **7.2.2 Samarbete i teamet kring den förlossningsrädda kvinnan**

Teamet kring kvinnan med förlossningsrädsla måste vara starkt utvecklat i samarbete. Ett gott samarbete mellan barnmorskor, läkare och terapeuter är en förutsättning för en optimal omvårdnad och skapar en trygghet som inte är personbunden. En ståndpunkt borde vara att aldrig lova något som inte kan uppfyllas av alla i vårdteamet eller som kan påverkas av omständigheter. Var och en borde också ha insikt och förståelse i att det kan vara lönlöst och direkt förvärra situationen att pressa en kvinna som redan klart fattat sitt beslut om förlossningssätt. Istället bör kraft och tid läggas ner på de som är tveksamma och vill försöka förbereda sig för en vaginal förlossning, med försäkring om att möjligheten till kejsarsnitt fortfarande finns. (Ryding et al. 2003) Låg motivation för terapi kan också vara ett tecken på odiagnostiserad och obehandlad depression. Det är svårt att nå kvinnor som är omotiverade till att få hjälp för förlossningsrädslan. Strategier för hur man vårdar förlossningsrädsla borde också innefatta motivationshöjande element. Att diagnostisera och behandla depressionen skulle dessutom öka livskvaliteten för kvinnans och hennes partner. (Saisto et al. 2001)

Det finns många beprövade metoder i hur man bäst bemöter och handhar kvinnor med förlossningsrädsla. Systemet att ha ett speciellt team för detta, inbegripande specialutbildade barnmorskor och förlossningsläkare med ständig handledning av psykolog, psykiater eller psykoterapeut har visat sig passa de flesta. (Ryding et al. 2003)

Förlossningsrädsla påverkar utfallet av förlossningen och ökar risken för akut kejsarsnitt och planerat kejsarsnitt även efter rådgivning och terapi. Maximal insats av samtliga involverade krävs för att undvika traumatiska förlossningar och negativa upplevelser. (Sydsjö et al. 2012)

### **7.2.3 En vårdande relation**

Att känna oro att möta en barnmorska som inte lyckas etablera en vårdande relation förvärrar situationen ytterligare. Rädslan inför förlossningen kan inbegripa rädsla för att bli beroende av barnmorskans kompetens, förlora kontrollen, att barnmorskan inte ska ha emotionell förmåga eller att bli exkluderad från beslutsfattande och inte känna sig som innehavare av graviditeten eller förlossningen. Relationen till barnmorskan är därför av yttersta vikt för att kvinnan ska känna sig säker, bekräftad och respekterad men också ur ett själsligt och emotionellt perspektiv på födandet. (Lyberg & Severinsson 2010a) För att se till helheten behöver man se till alla delar av den fysiska, psykiska och sociala dimensionen hos kvinnan. Ibland inkluderas även den andliga dimensionen. Om någon del fattas råder inte helhetssyn i vården. (Dahlberg 1994 s. 46)

Mellan barnmorskan och kvinnan med förlossningsrädsla råder ett professionellt förhållningssätt men också en interaktion mellan två människor. Kvinnan och barnmorskan utgör tillsammans helheten. Som barnmorska deltar man aktivt i vårdprocessen som präglas av ömsesidig växelpåverkan och kommunikation. Relationen är därför meningsfull, värdefull, äkta och öppen. (Dahlberg 1994 s. 48-49)

I undersökningen av barnmorskans sätt att handleda fann man viktiga beståndsdelar för att nå en vårdande relation mellan barnmorskan och kvinnan med förlossningsrädsla. För att skapa en tillitsfull och vårdande relation behöver barnmorskan vara uppmärksam på kvinnans individuella situation, behov och önskemål i en behaglig miljö där kvinnan kan känna sig säker och trygg. Lyckas detta kan kvinnan slappna av och känna sig trygg i barnmorskans händer. Genom sensitivitet för kvinnans behov och önskemål kan barnmorskan agera utifrån dessa, bekräfta hennes känslor och inge kvinnan hopp. En annan viktig del för att skapa en vårdande relation är barnmorskans problemlösande förmåga som kan uttryckas genom att visa förståelse för kvinnans situation, diskutera orsaker bakom rädslan och möjligheter att hantera den. (Lyberg & Severinsson 2010b) En kvinna som intervjuades av Ramvi och Tangerud berättade att hon trots en tidigare traumatisk förlossning kände sig trygg efter stödjande samtal med barnmorskan. Hon kände att hon gavs möjlighet att uttrycka sina känslor, reflektera och närma sig en vaginal förlossning i sin egen takt. (Ramvi & Tangerud 2011)

Barnmorskan använder sig kontinuerligt av en bred uppsättning tekniker i sin ledarskapsroll. Kvinnorna med förlossningsrädsla i Lyberg & Severinssons undersökning beskrev barnmorskornas ledarskap som kompetent, ansvarstagande, motiverande och inspirerande. Barnmorskorna åtog ansvaret för skapandet av ett befrämjande klimat som kunde stärka kvinnans förmåga att hantera och kontrollera rädslan. Att ha en tillitsfull relation till barnmorskan hjälpte kvinnorna att klara av en vaginal förlossning och att de deltagit i planeringsprocessen av förlossningen hjälpte dem att fullborda planen. Relationen till barnmorskan inverkade alltså på känslan av kontroll över situationen hos kvinnan. (Lyberg & Severinsson, 2010b) Genom en djup relation till barnmorskan stärktes kvinnornas självförtroende, deras personliga utveckling och de klarade av att sätta gränser i högre grad än tidigare. (Lyberg & Severinsson, 2010a)

#### 7.2.4 Coping-strategi

I vården av kvinnor med förlossningsrädsla kan man använda sig av en så kallad coping-strategi som innebär att emotionella hinder och tidigare erfarenheter kan övervinnas genom rådgivning och handledning. Förlossningsrädda kvinnor som kommit i kontakt med coping-strategier har visat ett positivt samband till att ändra sin ursprungliga önskan om planerat kejsarsnitt. Barnmorskan uttrycker att kvinnan får hjälp och stöd att föda vaginalt och att det är det bästa alternativet för både kvinnan och barnet då inga medicinska indikationer för kejsarsnitt föreligger. (Halvorsen et al. 2010)

I undersökningarna av Halvorsen et al. och Ryding et al. betonar man vikten av att stärka kvinnans självförtroende och att våga möta traumatiska händelser som kan ligga bakom förlossningsrädslan. (Halvorsen et al. 2010; Ryding et al. 2003) En barnmorska med coping-strategi ska inte vara rädd för att ta upp emotionellt tunga händelser och trauman. Det viktiga när man diskuterar svåra upplevelser är att hålla den distans som är nödvändig för att kunna ge det trygga stöd som behövs. Risken är stor att överväldigas av kvinnans traumatiska erfarenheter, överidentifiera sig själv med denne och falla in i samma destruktiva mönster vilket endast gör kvinnan mer osäker på sin förmåga att klara en vaginal förlossning. Att barnmorskan med lugn och tålmodighet stöder kvinnan att blotta de tidigare upplevelserna kan stärka kvinnans självförtroende. Det är av största vikt att barnmorskan är väl medveten om sina egna känslor och erfarenheter för att undvika att påverkas av dessa. (Lyberg & Severinsson, 2010a)

För att som barnmorska kunna gå in i ett möte med kvinnan krävs psykisk och personlig styrka. För att lyckas se helheten och hitta en lösning att bygga vidare på måste barnmorskan våga möta kvinnans smärta och behov. Barnmorskan behöver självkunskap och se till sitt eget inre för att kunna förhålla sig till andra medmänniskor med öppenhet och ödmjukhet. Att hålla en distans till kvinnan kan blockera och begränsa mötet vilket gör att det genuina förloras. (Dahlberg, 1994 s. 49-50)



Coping-strategin menar att kvinnan med förlossningsrädsla inte kan ta ett beslut om förlossningssätt före hon blivit hjälpt med obearbetade känslor som ligger bakom rädslan. (Halvorsen et al. 2010) En vårdande relation till barnmorskan kan ge kvinnan en möjlighet till konstruktiv bearbetning och utveckla en förmåga och strategi för att hantera svårigheter också efter förlossningen. En sådan personlig utveckling kan vara livslång. (Lyberg & Severinsson 2010a)

### 7.3 Terapiformer

Vården som barnmorskor kan erbjuda räcker inte alltid till. Det kan vara till exempel i de fall där rädslan och oron grundar sig i en allmän brist på förtroende till vårdpersonal eller de som upplevt traumatiska händelser som inte är anknutna till graviditet eller förlossning. Det skulle också kunna förespråkas av att posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, har visat sig förekomma i högre grad hos kvinnor med djupt rotad förlossningsrädsla än hos övriga och därför skulle dessa kunna ha nytta av mer omfattande vård. Däremot vill inte alla träffa en psykoterapeut och alla mödravårdscentraler har inte heller sådana resurser att konsultera. Barnmorskor som regelbundet kommer i kontakt med dessa kvinnor kan därför behöva mer omfattande utbildning och handledning än det finns för närvarande. (Ryding et al. 2003)

I en undersökning av Saisto et al. jämfördes kvinnor som fått intensiv terapi jämte kvinnor som fått konventionell terapi. I resultatet fann man att de som genomgått intensiv terapi oroade sig mindre inför förlossningen, hade mindre ångestkänslor och mindre rädsla för smärta och för ovänligt bemötande av förlossningsläkaren. I den intensiva terapin ingick också ett besök hos barnmorska. Man såg en stor skillnad på de som träffat barnmorskan jämfört med de som avböjt, endast 10 % av de som träffade barnmorskan valde kejsarsnitt jämfört med 35 % hos de som inte träffade barnmorskan. De som fått intensiv terapi hade också en kortare förlossning och var i allmänhet nöjda med förlossningen. Däremot upplevde de att de inte kände sig lika säkra som kvinnorna i den konventionella gruppen. Slutsatsen av resultatet i undersökningen var att det är möjligt att genom kognitiv beteendeterapi minska antalet kejsarsnitt på grund av humanitära skäl. (Saisto et al. 2001)

Saisto et al. menar att kognitiv beteendeterapi lämpar sig väl för behandling av förlossningsrädsla på grund av att den är tidsmässigt intensiv och fokuserar på problemlösning. Det skapar förutsättningar för kvinnan att tänka konstruktivt vilket sänker ångest- och stressnivåerna och leder till allmänt välbefinnande och positiv anpassning till graviditeten. Det hjälper kvinnan att känna sig trygg och hon kan välja vaginal förlossning utan rädsla. (Saisto et al. 2001)

T. Saisto har så sent som förra året kommit ut med en ny undersökning av behandlingsmetoder för förlossningsrädsla i samarbete med H. Rouhe. Denna gång gällde det psykoedukativ gruppterapi, ledd av psykologer med särskilda gruppterapeutiska färdigheter i graviditetsfrågor. Varje grupp bestod av maximalt sex förstföderskor och leddes av samma psykolog genom sex träffar under graviditeten och en träff efter. Varje träff hade ett ämne i fokus och avslutades med en 30 minuters avslappningsövning. Kontrollgruppen bestod av kvinnor med förlossningsrädsla som handledes via mödrarådgivningen. Resultaten av undersökningen visade att det är möjligt att påverka förlossningssätt, minska andelen kejsarsnitt på grund av humanitära skäl och bidra till en positiv upplevelse av förlossningen hos förstföderskor genom psykoedukativ gruppterapi. Kvinnorna i testgruppen valde vaginal förlossning i större grad än de i kontrollgruppen, dessutom upplevde de förlossningen som mer positiv. (Rouhe et al. 2012)

Terapi är fortfarande skamligt i många ögon. Det är en inställning som måste förändras på en samhällelig nivå genom utbildning för att nå högre deltagande och mottaglighet för vård. (Rouhe et al. 2012)

## 7.4 Barnmorskors syn på förlossningsrädsla

Det är av största vikt att barnmorskor och läkare inte bara fokuserar på medicinska indikationer för kejsarsnitt utan att de är väl medvetna om egna attityder kring förlossningsrädsla. För att bemöta kvinnor med förlossningsrädsla på ett ärligt och rättvist sätt behöver man vara i kontakt med sina egna känslor och föreställningar. (Halvorsen et al. 2010)

Salomonsson et al. har beskrivit barnmorskors uppfattning och föreställningar om förlossningsrädsla och kvinnor som känner rädsla och oro inför förlossningen. Detta genom fokusgrupper med sammanlagt 21 erfarna barnmorskor. En barnmorska uttryckte att förlossningsrädsla upptar kvinnans tankeverksamhet till sådan grad att hon inte kan njuta av graviditeten eller fokusera på något annat. En annan barnmorska var av åsikten att förlossningsrädsla alltid grundar sig i personliga upplevelser av förlossning och att det därför inte kan förekomma bland förstföderskor. Ett flertal undersökningar har kommit fram till att förekomsten av förlossningsrädsla hållits konstant under de senaste årtiondena. (Sjögren, 2003) Detta hade en del av barnmorskorna invändningar på och var fast beslutna att det i själva verket ökat och att fenomenet berodde på den nuvarande generationen. Vidare ansågs åldern spela in på så sätt att de äldre föderskorna kände större kontrollbehov som förklarades av att de var vana vid att ha kontroll över sitt liv medan yngre föderskor i större grad hanterade saker och ting efterhand. (Salomonsson et al. 2010)

I fokusgrupperna diskuterades också utmaningen att hitta en lämplig lösning för varje individ och om alla får det stöd de behöver. En uppfattning var att en positiv upplevelse av förlossningen mer eller mindre kan bota rädslan eller i alla fall stärka kvinnan. Förlossningsrädsla har också negativ effekt på anknytningen och kvinnorna behöver återhämta sig känslomässigt efter förlossningen före de kan knyta an till barnet. (Salomonsson et al. 2010)

Att handleda och möta kvinnor med förlossningsrädsla är utmanande och emotionellt krävande för barnmorskor. Ibland kände de sig provocerade av hur kvinnorna uttryckte rädslan och därigenom kunde motvilja väckas. I sådana fall är det ännu viktigare att barnmorskan är medveten om sina känslor, vad de grundas i och inte låter dem påverka professionaliteten. (Salomonsson et al. 2010)

I praktiken betyder fördomar om förlossningsrädsla bland vårdpersonal att det professionella bemötandet påverkas till den grad att det är en avgörande faktor i beslutsprocessen om förlossningssätt. En del av kvinnorna som intervjuades av Ramvi och Tangerud upplevde att de inte fick en ärlig chans och att beslutet var fattat före de steg in i rummet. (Ramvi & Tangerud 2011)

## 8 DISKUSSION

Syftet med studien var att kartlägga hur man som barnmorska kan stödja en kvinna med förlossningsrädsla och skapa en vårdande relation. I resultatet av de analyserade artiklarna kan man se att det viktigaste för att skapa en vårdande relation är att bemöta kvinnan respektfullt, vidsynt och ur ett individfokuserat perspektiv. Kvinnorna vill bli hörda, att barnmorskorna ska ge dem tid och vara närvarande. Dahlberg uttrycker detta som att se människan bakom patientrollen och se till helheten i vården. (Dahlberg 1994 s. 39-41)

Det framkom i analysen av materialet att det svåra i vården av kvinnor med förlossningsrädsla var att skapa en trygg miljö som gynnar en öppen dialog. Kvinnorna beskrev att de kände sig överkörda och förödmjukade under beslutsprocessen, att de inte fick en ärlig chans och att beslutet var fattat före de steg in i rummet. (Ramvi & Tangerud 2011) För att skapa en vårdande relation behöver kvinnans individuella situation, behov och önskemål bli hörda. Att kvinnorna känner sig trygga utgör grunden för ett samtal om kvinnans tankar och upplevelser. När hennes känslor blir bekräftade kan självförtroendet och självkänslan stärkas, kvinnan måste också få tid att närma och förbereda sig för en vaginal förlossning i sin egen takt.

De analyserade artiklarna tycks rörande överens om att en vaginal förlossning är att förespråka och eftersträva. Frågan är om det alltid är det mest lämpade för kvinnor med förlossningsrädsla om man ser på problematiken ur ett individfokuserat perspektiv istället för ur ett allmänt, samhälleligt perspektiv där den ekonomiska förlusten i ett ökat antal kejsarsnitt påverkar beslut och lagstiftning. Visserligen finns det i de flesta fall överhängande fördelar med en vaginal förlossning rent fysiskt gentemot kejsarsnitt, men en vaginal förlossning för en kvinna med förlossningsrädsla kan bli oerhört traumatisk och svår. Med den tidsaspekt som det ändå finns i en graviditet är det förståeligt att inte alla kvinnor hinner känna sig trygga inför tanken på en vaginal förlossning. Vården styrs också av de etiska rekommendationerna som säger att det inte är motiverat att

utföra kejsarsnitt utan medicinsk indikation. Man kan fråga sig om man i det beslutet verkligen sett till helheten i vården. När ska psyket värderas lika högt som fysiska och medicinska skäl? Hur ska psykiskt lidande kunna sluta stämplas som skamligt när det inte värdesätts i vården?

Det är fortfarande omtvistat om kejsarsnitt ska erbjudas i begynnelsen eller som en sista utväg. Förslagen är att antingen se till kvinnans självbestämmanderätt och erbjuda ett planerat kejsarsnitt för att hon sedan ska kunna hantera rädslan med tryggheten och vetskapen om att kejsarsnitt alltid är möjligt, eller att först försöka få kvinnan att komma över rädslan och i sista hand erbjuda kejsarsnitt. En förklaring bakom det sistnämnda är att önskan om kejsarsnitt kan befastas om det erbjuds i ett tidigt skede och försvaga kvinnans självförtroende ytterligare. Eftersom alla kvinnor bör bemötas som unika individer är det en fråga som är svår att få svar på. Någon mall som passar alla finns inte och kommer inte att hittas heller. Förlossningsvården är otroligt komplex och det är rent av naivt att tro att något skulle vara svartvitt. Vissa kvinnor kommer alltid behöva den tryggheten att kejsarsnitt finns att tillgå medan vissa kvinnor behöver bli bekräftade och förstärka tron på sig själva före en sådan diskussion kan bli aktuell. Återigen krävs sensitivitet hos barnmorskan för att känna av kvinnan hon har framför sig och få insikt i hennes behov, medvetna och omedvetna sådana.

I de analyserade artiklarna undersöktes också huruvida en förlossningsplanering bör göras upp. En förlossningsplan kan skänka trygghet och kontroll (Lyberg & Severinsson 2010b) men det kan också ge orealistiska förväntningar inför förlossningen och leda till en mer negativ upplevelse av förlossningen. (Lundgren et al. 2003) Övriga var barnmorskors motvilja till förlossningsplaner. De ansåg att en allt för detaljerad och fastslagen förlossningsplan får dem att känna sig otillräckliga och odugliga i den födande kvinnans ögon. (Salomonsson et al. 2010) En viktig del av barnmorskearbetet är dock välutvecklad förmåga i problemlösning och anpassning till individ och situation. Som barnmorska borde inte heller självsäkerheten i yrket påverkas från situation till situation. Det visade sig också i analysen att kvinnor med en uppgjord förlossningsplan hade en mer negativ upplevelse av första mötet med den förlösande barnmorskan. (Lundgren et al. 2003) Det kan eventuellt förklaras av barnmorskornas motvilja till

planen, det blir således en negativ spiral. I planeringen av förlossningen bör det därför poängteras att en förlossning egentligen aldrig kan planeras. Termen är på det sättet missvisande, en bättre term kunde vara diskussion, genomgång eller förberedelse. Själva diskussionen kring förlossningssätt kan vara konstruktiv och lyfta fram tankar och orosmoment kring förlossningen som annars kanske inte skulle kommit till dager. Kvinnornas åsikt var att deltagandet i planeringen av förlossningen gav dem en känsla av trygghet och stärkte deras förmåga att genomföra planen. Kvinnan behöver dock i detta skede förberedas på att förändringar av planen kan ske och gå igenom alternativa strategier. Det kan annars leda till stor osäkerhet och panikkänsla då det inte går enligt planen. (Salomonsson et al. 2010)

Ett problem är personal- och tidsbrist på förlossningsavdelningarna. Av naturliga orsaker kör det ihop sig nu och då. Självfallet borde särskilt kvinnor med förlossningsrädsla få barnmorskans fulla uppmärksamhet och oavbrutna tid men det är inte alltid möjligt. Den ekonomiska problematiken är igen ett faktum och förlossningsvården prioriteras inte alltid högt i resursfördelningen. Ett återkommande önskemål i undersökningen av Ryding et al. var att barnmorskorna skulle spendera mer tid inne i förlossningssalen med kvinnorna. En möjlighet som inte innefattar omfördelningar i organisationen är att utnyttja doulaverksamheten i större grad vid förlossningsrädsla. (Ryding et al. 2003) Förslagsvis kunde man låta doulor gå en specialkurs för detta. De skulle kunna träffa kvinnan upprepade tillfällen under graviditeten och vara närvarande under hela förlossningen. Detta som ett komplement till vården, inte ersättande av den.

I Finland finns i nuläget ingen gemensam vårdplan för vården av förlossningsrädsla utan förfarandet är upp till varje sjukvårdsdistrikt. Förhoppningsvis kan studien genom att visa vikten av en god vård av den förlossningsrädda kvinnan driva på utvecklingen. Olika tillvägagångssätt kan förstärka oro hos kvinnorna då det leder till osäkerhet och ovisshet. En konsekvent praxis bidrar till patientsäkerheten. (Saisto 2000)

## 9 KRITISK GRANSKNING

Ämnet var ett fritt val vilket betyder att förlossningsrädsla är något som skribenten har ett starkt intresse och brinner för. Följaktligen har skribenten gjort ett gediget förarbete och gått igenom en stor mängd material och undersökningar. Studiens starka sidor är att artiklarna analyserats noggrant och att skribenten grävt djupare, granskat källförteckningar och utnyttjat snöbollseffekten. Studien kunde förstärkts genom att artiklarna skulle tolkats, kategoriserats och analyserats av en medarbetare. Det är möjligt att de kunde indelats i andra huvudämnen än de som skribenten tog upp vilket eventuellt skulle kunna ha gett andra val av artiklar och resultatmässiga fynd.

Examensarbetet har gjorts under tidspress och det har varit en intensiv process. Skribentens höga ambitioner kombinerat med stark vilja och målmedvetenhet har gjort det praktiskt genomförbart. Syftet var att kartlägga på vilka sätt barnmorskan kan stödja den förlossningsrädda kvinnan inför förlossningen och kartläggningen känns som en viktig och stark grund att stå på. Skulle det ha funnits mer tid skulle skribenten valt mer djupgående frågeställningar men skribenten är tillfreds med den kartläggning som gjorts och funderar över möjlig vidareutveckling inom ämnet till kommande utvecklingsarbete. Studien motsvarade och uppfyllde skribentens förväntningar men de oväntade resultaten av analysen gav mersmak till vidare studier och gav också krydda till arbetet.

Datainsamlingen har gjorts i breda och omfattande databaser och därutöver har snöbollseffekten utnyttjats. Förlossningsrädsla är ett rikligt undersökt fenomen men en stor del av undersökningarna har granskat utfallet av förlossningen med fokus på att undvika kejsarsnitt utan medicinsk indikation, vilket inte svarar på studiens syfte. Delar som behandlade barnmorskans stödjande roll fanns trots allt i många av dessa och skribenten fann därutöver ett skäligt antal artiklar som direkt rörde relationen mellan barnmorskan och kvinnan med förlossningsrädsla. Det teoretiska perspektivet som beskrev hur en vårdande relation skapas gav ytterligare en dimension till studien.



Metoden att analysera artiklarna passade väl arbetets karaktär då inga förutfattade meningar fanns och verkligheten kunde fångas på ett objektivt och sakenligt sätt.

Som redan nämnts vid ett par tillfällen har skribenten förhoppningar om att det inom en snar framtid ska finnas en gemensam vårdplan för hela Finland över hur förlossningsrädsla ska behandlas. För att nå detta kan fler undersökningar behövas som jämför metoder, med önskan från skribentens sida om att fokus är på kvinnans upplevelse och inte enbart den samhälleliga vinsten i ett minskat antal kejsarsnitt. Intressant var också att det i studien kom fram negativa sidor av förlossningsplaneringen. En utveckling av metoden att genomföra planeringen tycks behövas. Barnmorskornas attityd gentemot förlossningsplaner skulle också vara intressant att undersöka närmare.

## 10 KÄLLFÖRTECKNING / REFERENCES

Arcada. God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada. Tillgänglig: [http://studieguide.arcada.fi/webfm\\_send/510](http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/510). Hämtad: 02.12.12.

Dahlberg, Karin. 1994, *Vårdandets helhetssyn*. Lund: Studentlitteratur, 128 s.

FIGO, 2012. *Ethical issues in obstetrics and gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health*. Tillgänglig: <http://www.figo.org/files/figo-corp/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>. Hämtad: 01.02.2013.

Finlex, 1992. Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785, 6 § Patientens självbestämmanderätt. Tillgänglig: <http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1992/19920785>. Hämtad: 06.02.2013.

Forsberg&Wengström. 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur, 208 s.

Halvorsen, Nerum, Sørli & Oian. 2010, *Midwifery*. Vol. 26, nr. 1, s. 45-52. Does counsellor's attitude influence change in a request for a caesarean in women with fear of birth?

*Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt*. Då allt inte går som planerat. Tillgänglig: <http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/forlossningar/babyresa/forlossningen/da-allt-inte-gar-som-planerat/Sidor/default.aspx>. Hämtad: 22.03.13

*Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri*, 2006. Synnytyspelko. Tillgänglig: <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,1733,1995,6344>. Hämtad: 19.01.2013.

Institutet för hälsa och välfärd. 2011, *ICD-10 Klassifikation av sjukdomar*, 3 uppl., Mikkeli: Terveystieteiden tutkimuskeskus THL, 852 s.

Jacobsen, D.I. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring- introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur, 316 s.

Lundgren, Berg & Lindmark. 2003, *Journal of Midwifery & Women's Health Sciences*. Vol. 48, nr. 5, s.322-328. Is the childbirth experience improved by a birthplan?

Lyberg & Severinsson. 2010a, *Journal of Nursing Management*. Vol. 18, nr. 4 s. 383-90. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care – a follow-up study.

Lyberg & Severinsson. 2010b, *Journal of Nursing Management*. Vol. 18, nr. 4, s. 391-399. Midwives' supervisory styles and leadership role as experienced by Norwegian mothers in the context of a fear of childbirth.

Nationella medicinska indikationer. 2011, *Indikation för kejsarsnitt på moderns önskan*. Tillgänglig:

[http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive\\_FileID=700a61ab-a5d2-4a3c-8ea1-](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=700a61ab-a5d2-4a3c-8ea1-cd5902833eae&FileName=Indikation+för+kejsarsnitt+på+moderns+önskan.pdf)

[cd5902833eae&FileName=Indikation+för+kejsarsnitt+på+moderns+önskan.pdf](http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=700a61ab-a5d2-4a3c-8ea1-cd5902833eae&FileName=Indikation+för+kejsarsnitt+på+moderns+önskan.pdf)

Hämtad: 12.12.2012.

Ramvi & Tangerud. 2011, *Nursing and Health Sciences*. Vol. 13, nr. 3, s. 269-274. Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study.

Regeringen. 2005, *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/sb/d/5433>. Hämtad: 02.02.2013.

Rouhe, Salmela-Aro, Toivanen, Tokola, Halmesmäki & Saisto. 2012, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Vol. 120, nr. 1, s. 75-84. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women - randomised trial.

Ryding, Persson, Onell & Kvist. 2003, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Vol. 82, nr. 1, s. 10-17. An evaluation of midwives' counseling of pregnant women in fear of childbirth.

Saisto, T. 2000, *Duodecim*. Vol. 116, nr. 14, s. 1483-1488. Synnytyspelot ja niiden hoitaminen.

Saisto & Halmesmäki. 2003, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Vol. 82, nr. 3, s. 201-208. Fear of childbirth: a neglected dilemma.

Saisto & Halmesmäki. 2007, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Vol. 86, nr. 9, s. 1148-1149. Fear of childbirth can be treated, and cesarean section on maternal request avoided.

Saisto, Salmela-Aro, Nurmi, Könönen & Halmesmäki. 2001, *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 98, nr. 5, s. 820-826. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth.

Salomonsson, Wijma & Alehagen. 2010, *Midwifery*. Vol. 26, nr. 3, s. 327-337. Swedish midwives' perceptions of fear of childbirth.

Sarvimäki & Stenbock-Hult. 2008, *Omvårdnadens etik – Sjuksköterskan och det moraliska rummet*, Stockholm: Liber AB, 187 s.

Sjögren, B. 2003, *Läkartidningen*. Vol. 100, nr. 38. Förlossningsrädsla utmanar vården.

SOU, 2003:23. *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa*. Stockholm: Allmänna förlaget.

Sveriges riksdag. 2010, Patientsäkerhetslagen 2010:659, kap 6 § 1 Allmänna skyldigheter. Tillgänglig: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659/#K6](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/#K6). Hämtad: 07.02.2013

Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, Bladh & Josefsson. 2012, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Vol. 91, nr. 1, s. 44-49. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy.

WHO. 2000, Women's mental health. An evidence review. Tillgänglig: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who\\_msd\\_mdp\\_00.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_msd_mdp_00.1.pdf). Hämtad: 02.02.13

